Lane Medical Library

Ueber die diagnostische Bedeutung und Verwendung des Jodipin bei Ascites chylosus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin u. Chirurgie,

welche mit

Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

am **Freitag, den 10. Juli 1903, Mittags 12 Uhr**

öffentlich vertragen wird

Theodor Dieck

approb. Arzt

aus Verden a. d. Aller.

HALLE a. S.

Plötz'sche Buchdruckerei Curt Nietschmann.

1903.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Halle.

Referent: **Prof. Dr. v. Mering.**

Prof. Dr. v. Mering,
derz. Dekan.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153306_0130

Nach der Darstellung des Jodipins durch H. Winternitz und der Erforschung seiner physiologischen Eigenschaften durch den Genannten und andere Autoren wurde zunächst entsprechend der Bedeutung des Jodes in unserem Arzneimittelschatz die therapeutische Verwendung des neuen Präparates in den Vordergrund gestellt.

Die meisten bisher über das Jodipin erschienenen Arbeiten behandeln daher dies Gebiet.

Da sich aber das Jodipin physiologisch, sowie in seinen physikalischen und chemischen Eigenschaften als ein Fett charakterisiert, das in dem festgebundenen Jod eine Marke trägt, die durch äusserst scharfe und empfindliche Farbenreaktionen nachweisbar ist, so lag der Gedanke nahe, das Jodipin auch in der medizinischen Diagnostik zu verwenden.

Schon in seiner ersten Veröffentlichung „Über Jodfette und ihr Verhalten im Organismus" schreibt Winternitz:

„Die Jodfette dürften sich für die Beantwortung noch mancher spezieller physiologischer Fragen brauchbar erweisen. Vergleichende Untersuchungen über den Fettabfluss durch das Pfortader- und Venenblut, die Frage, ob alles aus dem Darm aufgesaugte Nahrungsfett den Weg durch den Ductus thoracicus nimmt u. a. könnten vielleicht mit Hilfe der Jodfette besser als bisher beantwortet werden".

Auch steht hier bemerkt, dass ein 3%iges Jodfett von Petersen in Heidelberg benutzt worden ist, um in einem Fall zu entscheiden, ob es sich um einen Ascites chylosus oder chyliformis handele.

Die mehrfache diagnostische Verwendbarkeit des Jodipin ist alsdann vor allem eingehend von Franz Werner

geprüft. Dieser Autor kommt an der Hand seines reichen Materials zu dem Schluss, dass das Jodipin als verlässliches Mittel zu bezeichnen ist zur Diagnostik der motorischen Magenfunktion, ferner mit Vorteil diagnostisch verwandt wird bei Insufficientia pylori, bei vermindertem oder fehlendem Zufluss der fettspaltenden und emulgierend wirkenden Galle und des Pankreassekretes in das Duodenum.

Werner betont dann auch, dass das Jodipin als ein dem Körper fremdes Fett zur Differentialdiagnose zwischen Ascites chylosus und Ascites adiposus seu chyliformis herangezogen werden kann, wie dies auch Winternitz in seiner Veröffentlichung andeutete.

Welche Schwierigkeiten bisher in dieser Beziehung einer präcisen Diagnose entgegenstanden, zeigt die zusammenfassende und kritische Arbeit von Pagenstecher über Ascites chylosus.

Wie allgemein bekannt, war grundlegend für die Erkennung der Natur milchiger Ergüsse die Arbeit Quinckes vom Jahre 1875.

Der milchige Erguss ist, wie wir jetzt wissen, entweder die Chylusflüssigkeit selbst (Ascites chylosus) oder die Trübung ist in entzündlichem Exsudat oder im Transsudat sekundär hervorgerufen durch fettige Degenerations-Produkte, z. B. von Tumoren (Ascites chyliformis), drittens giebt es Mischformen beider Arten.

Mucoidartige Körper schliesslich können auch eine milchige Trübung zur Folge haben (Hammarsten).

Die bisher bei derartigen Fällen verwandten diagnostischen Mittel berührten alle Gebiete der medizinischen Diagnostik überhaupt, waren aber, wie schon ihre grosse Anzahl vermuten lässt, zum Teil nicht einwandfrei, oder, soweit die Chemie in Betracht kam, erforderten sie einen grossen Apparat und chemisch-analytische Vorbildung.

Um nun für den Ascites chylosus die Anwendung des Jodipins als Diagnostikum voll zu würdigen, wollen wir kurz die Symptomatologie des Ascites chylosus anführen; auf seine ätiologischen Momente hier weiter einzugehen,

ist überflüssig, da diese von Pagenstecher erschöpfend behandelt sind.

Abgesehen von den klinischen Erscheinungen des Ascites überhaupt, der schmerzlosen Schwellung mit Spannen und ev. später eintretender Dyspnoe, wurde schon von Quincke angeführt, dass sich der chylöse Ascites nach erfolgter Punktion schneller — oft bis zu einer Menge von über 1 l pro Tag — ansammle, als der chyliforme, ein immerhin sehr relativer, dehnbarer Begriff. Es handelt sich aber demnach beim Ascites chylosus meist um grössere Mengen, sodass bis zu 12 l bei einer Punktion entleert werden konnten.

Das makroskopische Aussehen der Flüssigkeit selbst ist ein getrübtes, milchiges, weisslich-gelb bis grünlich, opalescierend. Blutbeimengungen, z. B. von der Punktionswunde selbst herrührend, können einen Rosaton verursachen, und schliesslich setzt sich oft nach längerem Stehen der Flüssigkeit eine rahmartige Schicht ab, die jedoch zu Fehlschlüssen nicht verleiten darf, da sie nur auf Fettreichtum der Flüssigkeit hindeutet, und der Fettgehalt an sich für Ascites chylosus nicht beweisend ist.

Gegen Fäulnis ist die Flüssigkeit ziemlich resistent, ihre Reaktion ist meist alkalisch.

Sicherer ist schon die Diagnose, wenn die Abhängigkeit des Fettgehaltes im Ascites vom Fettgehalt der Nahrung qualitativ und quantitativ erwiesen ist. Hierher gehören folgende Verfahren.

Munk und Rosenstein suchten durch reichliche Fettzufuhr den Fettgehalt im Ascites zu steigern und begründeten auf die erwiesene Fettzunahme die Diagnose: Ascites chylosus.

Andererseits verabreichte Minkowski Erukasäure, Strauss Butter bei Milchdiät und es erbrachte hier dann die Anwesenheit der Erukasäure resp. Buttersäuren den untrüglichen Nachweis für bestehenden Ascites chylosus.

Diese Versuche sind jedoch sämtlich unbequem wegen der Belästigung der Patienten mit der Fettdiät, und zeit-

raubend, da deutlich nachweisbare Veränderungen des Ascitesfettes erst nach längerer Durchführung der betr. Kur eintreten können.

Die Anwesenheit von Zucker in bestimmbaren Mengen, die nach Senator die chylöse Natur des Ascites dartun soll, ist nach v. Mering u. A. nicht ausschlaggebend und findet sich auch in einfach entzündlichen Exsudaten.

Der Eiweissgehalt ist recht schwankend (1,2—5,5%) und demzufolge, wie umgekehrt, je nach dem Fettgehalt auch das spez. Gewicht wechselnd (1007—1023).

Das mikroskopische Bild endlich kann uns nach dem Vorgang von Quincke insofern weiterführen, als eine feinste Emulsion von kleinen Fetttröpfchen in Molekularbewegung für Chylus spricht. Dabei können wohl zellige Elemente wie Lymphocyten — aus den Chylusbahnen stammend — sich in der Flüssigkeit vorfinden. Fettige Zerfallsprodukte dagegen und fettig degenerierte Zellen (Umwandlung von Serosaëpithelien und Leukocyten, von Cc.-knoten und Tuberkeln z. B.) finden sich beim Ascites adiposus s. chyliformis.

Natürlich können auch Mischformen das mikroskopische Bild trüben und, da letztere oft genug vorkommen, wie dies die Zusammenstellung von Bargebuhr zeigt, so dürfte nur in wenigen Fällen die mikroskopische Diagnose den Ausschlag geben können.

Fassen wir aus Vorhergehendem kurz das Ergebnis zusammen, so folgt also, dass die einfachen chemischen Reaktionen, deren sich die ärztliche Praxis bedient, unbrauchbar sind, eine sichere Diagnose zwischen Ascites chylosus und chyliformis zu stellen; dass andererseits bisher nur lang dauernde, umständliche Versuche, wie die von Munk und Rosenstein z. B. zum Ziele führten.

Die Überlegung, auf Grund deren sich nun die Verwendung des Jodipin für den genannten Zweck empfiehlt, ist die folgende:

Das Jodipin ist Sesamöl, welches 10 Prozent Jod*) in

*) Das 25% Jodipin wird ausschliesslich zu therapeutischen Zwecken verwandt.

fester (additioneller) Bindung enthält. Es passiert bei innerlicher Darreichung den Magen unverändert und wird im Darm unter Mitwirkung der Galle, des Pankreassaftes und des Darmsekretes resorbiert. Der Resorptionsvorgang und die Resorptionswege entsprechen denen der Fette überhaupt. Das physiologische Verhalten hat durch die Jodaddition keine Änderung erfahren.

Enthält eine ascitische Flüssigkeit Fett, welches dem Chylus entstammt, so muss es bei Darreichung von Jodipin gelingen, dieses durch seinen Jodgehalt charakterisierte Fett in dem Ascites nachzuweisen.

Auf der Möglichkeit, diesen Nachweis rasch, einwandsfrei und einfach zu führen, beruht der Vorzug, den diese Methode vor allen anderen voraus hat.

Eine Probe der Ascitesflüssigkeit wird mit Äther ausgeschüttelt. In den Äther geht das Fett und mit ihm das darin enthaltene Jodipin über. Nach Abdunsten des Äthers wird der Fettrückstand mit alkoholischer Kalilauge verseift, der Alkohol verdampft und in der zurückbleibenden alkalischen Flüssigkeit das Jod nachgewiesen (Übersäuern mit Schwefelsäure, Zusatz einiger Tropfen einer Natriumnitritlösung, Ausschütteln des Jods mit Chloroform).

Die ganze Prozedur kann, wenn es sich nur um den qualitativen Nachweis handelt, im Kölbchen oder Reagenzglas durchgeführt werden.

Es sei hier noch angeführt, dass der Ätherextrakt bezw. das durch Äther extrahierte Fett direkt keine Jodreaktion giebt. Dazu bedarf es der vorhin geschilderten Abspaltung des Jods aus dem Jodfett durch den Verseifungsprozess.

Da ein grosser Teil des Jodipins nach seiner Resorption in Jodalkali übergeführt wird, so muss sich in der Ascitesflüssigkeit Jodalkali auch direkt nachweisen lassen. Dieses direkt nachweisbare Jodalkali beweist naturgemäss nichts für die chylöse Natur des Ascites. Es wird auch bei Darreichung von Jodalkalien (Jodkalium, -natrium) in die Ascitesflüssigkeit übergehen.

Nur der Nachweis des an Fett gebundenen Jods, wie wir ihn geschildert haben, ist für den genannten Zweck massgebend.

Haben wir es nun, wie dies für die Mehrzahl der Fälle zutrifft, mit einer Mischform von Ascites chylosus und chyliformis zu thun, so liesse sich mit Hilfe des Jodipins auch annähernd feststellen, wieviel von dem Fettgehalt des Ascites dem Nahrungsfett entstammt. Dabei geht man von der wohl zutreffenden Voraussetzung aus, dass das Fett der Nahrung in demselben Verhältnis wie das Jodipin auf dem Wege der Chylusbahnen in den Ascites gelangt.*) Würde man also eine quantitative Fettbestimmung der Nahrung und der Fäces vornehmen und dabei die verabreichte und in den Fäces zu Verlust gegangene Jodipinmenge in Rechnung setzen, so liesse sich die der Nahrung entstammende Fettmenge im Ascites ermitteln.

In unserem Falle haben wir uns darauf beschränkt, den Nachweis zu führen, wie viel Jodipin in die Ascitesflüssigkeit überging. Der Versuch selbst wurde in folgender Weise angestellt:

Nachdem die oben erwähnten klinisch-mikroskopischen Symptome den Gedanken an Ascites chylosus nahegelegt, wurde durch Punktion die Ascitesflüssigkeit möglichst ausgiebig entleert. Von diesem Zeitpunkt ab wurde täglich mehrmals ein Theelöffel des 10% Jodipin Merck verabfolgt, dabei wurde die Ernährung in keiner Weise geändert.

Allmählich sammelte sich nun wieder der Ascites an und in ihm musste sich Jodipin in unveränderter Form wiederfinden, wenn die Flüssigkeit ganz oder teilweise aus den Chylusbahnen stammte, d. h. wenn es sich um Ascites chylosus oder eine Mischform handelte.

Die Punktion wurde wiederholt und die erhaltene

*) Dies ergaben Versuche von Winternitz für Jodipin, Lebedeff für Cocosnussfett, Munk und Rosenfeld für andere körperfremde Fette.

Flüssigkeit qualitativ wie quantitativ auf ihren Gehalt an Fett im Allgemeinen und Jodfett im Besonderen untersucht.

Verfahren wurde nach den oben erwähnten Angaben von Winternitz, siehe auch Deutsche medizinische Wochenschrift 1897, Nr. 23.

Dieser Fall bezieht sich auf ein neunjähriges Mädchen, das an Peritonitis tuberkulosa erkrankt war.

An dieser Stelle sei die betr. Krankengeschichte im Auszuge mitgeteilt:

Martha H., 9 Jahre alt, Weichenstellerskind, wurde am 3. September 1902 in die Kgl. Mediz. Klinik aufgenommen.

Anamnese: Nach den Angaben des Vaters ist das Kind für sein Alter immer sehr stark und ganz gesund gewesen. Vor ca. 2 Jahren soll aus beiden Ohren, besonders aber rechts, längere Zeit Flüssigkeit ausgelaufen sein und die Augen waren frühmorgens meist zugeklebt.

Seit einem Jahre klagt Pat. über Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, ist matt und immer sehr mürrisch. Dann schwoll seit 10 Wochen der Leib stark an und war hart anzufühlen. Ärztlich verordnete Priessnitzumschläge haben bisher sehr gut gethan.

Status praesens: Das Mädchen ist für sein Alter gut entwickelt, hat entsprechend ausgebildete Muskulatur und mässiges Fettpolster. Das Gesicht ist stark gerötet, Halsdrüsen, wie Hornhauttrübungen sind nicht vorhanden. Die Knochen der Extremitäten zeigen keine Verbiegungen und die Rippenknorpelgrenze keine Auftreibungen. Gröbere Gehörstörungen sind nicht vorhanden, desgleichen keine Temperatursteigerungen.

Lunge und Herz sind o. B., dagegen ist das Abdomen stark aufgetrieben und freie Flüssigkeit deutlich nachweisbar. Die absolute Dämpfung reicht bei Rückenlage bis einen Querfinger breit über den Nabel.

4. September. Nach erfolgreicher Probepunktion werden 1200 ccm einer wie Milch aussehenden Flüssig-

keit entleert vom spez. Gewicht 1017 (bei 15°) und alkalischer Reaktion.

Die absolute Dämpfung beginnt bei Rückenlage in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse.

Das mikroskopische Bild der Flüssigkeit zeigt rote Blutkörperchen, desgleichen weisse, Lymphocyten und vor allem feine Fetttröpfchen in Molekularbewegung (bei Immersion.)

Auf der Flüssigkeit selbst setzt sich allmählich eine Art Rahmschicht ab.

Nunmehr werden zweimal täglich ein Theelöffel Jodipin verabreicht.

15. September. Der Ascites hat sich allmählich wieder angesammelt und die absolute Dämpfung die Höhe von 1 Querfinger oberhalb des Nabels erreicht.

Bei der jetzt vorgenommenen Punktion entleeren sich 300 ccm einer Flüssigkeit von gleicher Beschaffenheit wie am 4. September, jedoch etwas dickflüssiger. Spez. Gew.: 1017. Reaktion: Schwach alkalisch.

Im Anschluss an diese Punktion stellt sich eine vorübergehende Abendsteigerung der Temperatur auf 38,8° ein.

Die chemische Untersuchung der erhaltenen Punktionsflüssigkeit ergab folgende Resultate:

1. Jodnachweis im mit Äther extrahierten Fett positiv
2. Von 20 ccm zur Fettextraktion verwendeter Flüssigkeit ergab:

a) Kölbchen 41,56	b) Kölbchen 37,84
+ Fett 42,03	+ Fett 38,30
0,47	0,46

also 2,3 % Fettgehalt.

Die Jodbestimmung im Fett aus 20 ccm Flüssigkeit ergab 0,0028 g Jod. Dieses entspricht 0,028 10%igem Jodipin. Von 2,3 g Fett sind also 0,14 g Jodipin und in der entleerten Flüssigkeit (300 ccm) waren demnach 0,42 g Jodipin enthalten. Verabreicht waren in der Zeit vom 4.—15. November 120 g Jodipin. Somit stand die Diagnose:

Ascites chylosus unbedingt fest und ihre Ätiologie war in einer Peritonitis tuberkulosa chronica zu suchen.

22. September. Da die wiederholten Punktionen eine Wiederansammlung der Flüssigkeit nicht hinderten — vom 18—22. war der Umfang des Leibes über dem Nabel gemessen von 61 auf 62 cm gestiegen — entschloss man sich zur Laparatomie. Diese wurde am 4. Oktober in der Kgl. Chirurg. Klinik vorgenommen. Schnittführung in der Medianlinie unterhalb des Nabels beginnend ca. 10 cm lang. Nach Eröffnung des Peritoneums entleerten sich reichliche Mengen milchig-trüber Flüssigkeit aus der Bauchhöhle. Peritoneum, Netz und Darmschlingen sind hyperämisch, etwas cyanotisch, mit zahllosen Tb.-Knötchen besetzt. Die Organe des kleinen Beckens weisen gleichen Befund auf. Die mesenterialen Lymphdrüsen sind stark geschwollen, vor allem in der Gegend des Pankreas und der Cysterna chyli. Ausserdem sind grosse Drüsenpackete bis ins kleine Becken nachweisbar. Cystenbildung oder eine deutliche Stauung in den Chylusbahnen besteht nicht.

Nachdem obengenannte Flüssigkeit aus der Bauchhöhle mit Tupfern sorgfältig ausgetüpft, wird die Bauchhöhle mit Kochsalzlösung ausgespült und Jodoformglycerin hineingespritzt. Das Peritoneum wird mit Seidenknopfnähten geschlossen, darauf folgt Verschluss der Bauchdecken durch Naht.

Aseptischer Verband.

Der Heilungsverlauf ist ein vollkommen normaler, nur tritt am 16. Oktober eine Temperatursteigerung bis 37,8° bei sonst ungestörtem Allgemeinbefinden auf. Desgleichen am 18. Oktober eine solche bis 38,2°. Dabei ist das Abdomen etwas aufgetrieben, Appetit und Stuhlgang aber gut. Schon seit dem 11. Oktober ist an allen abhängigen Partieen wieder absolute Dämpfung vorhanden.

21. Oktober. Erhöhte Abendtemperatur 38,8°. Guter Allgemeinzustand.

28. Oktober. Die Abendtemperaturen sind nicht mehr unter 38° heruntergegangen. Der Umfang des Leibes

beträgt unterhalb d. Proc. ensif. 65 cm, über dem Nabel 64 cm. Die Entfernung von Proc. ensif. bis Nabel beträgt 16 cm, vom Nabel bis Symphyse 14 cm. Seit einigen Tagen hat Pat. Durchfälle. Der Stuhl ist gelblich, dünnflüssig, mit Schleimflocken untermischt und hat stark foetiden Geruch.

5. November. Allgemeinbefinden der Pat. gut. Stuhl nicht mehr diarrhoisch. Der Umfang des Leibes über dem Nabel 62,5 cm. Dämpfungsgrenzen wie früher.

9. November. Der Leibesumfang ist auf 60 cm, über dem Nabel gemessen, zurückgegangen. Das Allgemeinbefinden ist andauernd gut, aber die Abendsteigerungen bestehen fort. Pat. wird auf Wunsch der Eltern nach Hause entlassen.

Nach späterer brieflicher Angabe des Vaters ist Pat. am 13. Januar 1903 gestorben. Es bestanden zuletzt starke Atembeschwerden, doch ist nicht aus der Angabe zu ersehen, ob ein Lungenprozess hinzugetreten ist oder der Ascites die Dyspnoe verursachte. Eine Punktion ist jedenfalls nicht wieder vorgenommen worden.

In einem zweiten Falle handelte es sich um eine Mischform von Ascites chylosus und chyliformis im Gefolge von Carcinoma peritonei. Auch hier gelang der Jodnachweis im mit Äther extrahierten Fett. Wir haben uns in diesem Falle darauf beschränkt, den qualitativen Nachweis für die Anwesenheit des Jodipins zu führen.

Über einen weiteren vermittels Jodipin sicher erkannten Fall von Ascites chylosus hat Herr Winternitz in einer Sitzung des Hallenser Ärzte-Vereins i. J. 1901 berichtet.

So ist die Zahl der mit Jodipin untersuchten Fälle von Ascites chylosus noch gering, doch dürfte aus Obigem hervorgehen, dass dies Verfahren geeignet ist, die Diagnose wesentlich zu erleichtern und damit die Zahl der sicheren Fälle von Ascites chylosus zu vermehren.

Auffallend muss es schon sein, dass die Hallenser Klinik innerhalb eines Jahres drei sichere Fälle aufzuweisen hat, während Nothnagel trotz seines ungeheuren Krankenmaterials angiebt, er habe bis 1898 erst fünf Fälle gesehen.

Die Herkunft der Ascitesflüssigkeit aus den Chylusgefässen gehört zu den grossen Seltenheiten, schreibt Nothnagel, und deshalb kann bei dem Jodipinverfahren von einem hervorragend praktischen Interesse vorläufig nicht die Rede sein, doch bei Entscheidung theoretischer Fragen über den Ascites chylosus verdient das Jodipinverfahren entschieden Beachtung.

Für die Stellung der Prognose ist die spezielle Diagnose ohne wesentliche Bedeutung. Im Allgemeinen ist die Prognose ungünstig, da in Fällen von Transsudat, die mit Ascites chylosus einhergehen, Allgemeinerkrankungen vorliegen. Bei lokalen Prozessen, wie Rupturen des Ductus thoracicus kommen auch Heilungen vor.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Privatdozent Dr. Winternitz für die Anregung zu dieser Arbeit und die Durchsicht derselben meinen ergebenen Dank auszusprechen, sowie Herrn Professor Dr. v. Mering und Herrn Professor Dr. v. Bramann für die gütige Überlassung des Materials.

Litteratur.

Bargebuhr, Über Ascites chylosus und chyliformis.
Deutsches Archiv für klin. Medizin. Bd. 51.

Blanck, Jodipin und seine Verwertung.
Mediz. Woche 1901. 49/50.

Lubicelli, Über den Gebrauch des Jodipins zur Untersuchung der Motilität des Magens.
Klinisch-Therapeut. Wochenschrift 1901. No. 46.

Mutermilch, Die chem. und morphol. Eigenschaften der fettigen Ergüsse.
Zeitschrift für klin. Medizin. Bd. 46.

Nothnagel, Spez. Pathol. und Therapie, Krankheiten des Peritoneums.

Pagenstecher, Über Ascites chylosus.
Archiv für klin. Medizin. Bd. 72.

Sessous, Über die therapeut. Verwendung des Jodipin.
Diss. Halle 00.

Werner, Über Jodipin als mehrfaches diagnostisches Mittel.
Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 7.

Winternitz, Über das Verhalten von Jodfetten im Organismus und deren therap. Verwendung.
Deutsche Medizin. Wochenschrift 1897. No. 23.

— Über Jodfette und ihr Verhalten im Organismus, nebst Untersuchungen über das Verhalten von Jodalk. in den Geweben des Körpers.
Hoppe-Seyler's Zeitschr. f. phys. Chemie. Bd. 24, 5 u. 6.

— Über Jodipin und seine diagnostische Anwendung, Verein der Ärzte in Halle a. S.
Münchener Medizin. Wochenschrift 1902. S. 464.

Lebenslauf.

Am 20. August 1879 wurde ich, Wilhelm Theodor Dieck, in Pforta bei Naumburg als Sohn des Gymnasial-Oberlehrers Dr. Friedrich Dieck geboren. Ich besuchte das Kgl. Gymnasium zu Wilhelmshaven und das Dom-Gymnasium zu Verden, wo ich Ostern 1898 die Reifeprüfung bestand.

Im S. S. 98 studierte ich in Tübingen, darauf in Halle Medizin und bestand hier am 5. Mai 1900 das Tentamen physicum. Mit Ausnahme des S. S. 1901, wo ich in Göttingen studierte, blieb ich in Halle und beendete hier am 28. Februar 1903 die ärztliche Staatsprüfung. Das Colloquium bestand ich am 4. Juli 1903.

Während meiner Studienzeit hatte ich den Vorzug, in der chir. Privatklinik des Herrn Prof. Dr. Leser, und später in der Kgl. mediz. Klinik sowie Poliklinik als Volontär thätig zu sein. Ausserdem arbeitete ich noch längere Zeit in der Nervenpoliklinik des Herrn Professor Dr. Seeligmüller.

Als Lehrer verehre ich dankbar:

in Tübingen: Lenhossek, Eimer †, Vöckting, Overbeck.

in Göttingen: Braun, Damsch, Ebstein, v. Esmarch, v. Hippel, Orth, Runge, Schreiber, Sultan.

in Halle: Bernstein, v. Bramann, Bunge, Bumm, Eberth, Eisler, Fehling, Fraenkel, Franz, Grenacher, Grunert, Harnack, Heilbronner, Hitzig, Leser, Mehnert †, v. Mering, Nebelthau, Oberst, Roux, Schmidt-Rimpler, Seeligmüller, Weber, Volhard.